



Ansökan skickas till:
Socialförvaltningen
Box 14
782 21 MALUNG

Enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobiltelefon
<input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sammanboende	

Önskemål om medflytt

Namn på medflyttande	Personnummer
----------------------	--------------

Orsaken till att jag behöver flytta till särskilt boende är:

Samtycke

Jag godkänner att handläggaren under handläggningstiden får inhämta nödvändiga uppgifter om mig från andra myndigheter/sjukvård

Ja Nej

Underskrift

För att ansökan ska kunna behandlas måste den undertecknas av den sökande eller av en person som är behörig att företräda honom/henne.

Underskrift	Datum
-------------	-------

God man, förvaltare eller ombud som har fullmakt* att föra sökandes talan

Namn på företrädare	Ort och datum
Adress	Tel
Postnummer och ort	Mobiltelefon
<input type="checkbox"/> Ombud <input type="checkbox"/> Förvaltare	
God man med följande uppdrag: <input type="checkbox"/> Bevaka rätt <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Sörja för person	

* Fullmakt ska kunna styrkas